

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Pour COMPLÉMENT
Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046336

ND: 35441

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU Abdelaouched

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 5, Rue de l'HENAUT 500

CARASLANCA

Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FAZERAMINE KHADIDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

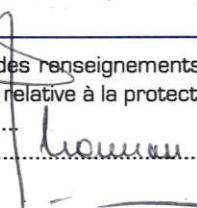
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CARASLANCA Le : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Pour COMPLÉMENT

Tel : 0661238470

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

م رقم 1.1.01.01

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو السخن). .
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments acétates doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر . في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الانتظار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض الهيئة غير قابلة للتعويض.
Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.		كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<div style="text-align: center;"> توقيع وطابع التعاtractive Cachet et signature de la mutuelle </div>		
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع : 		

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		Feuille de Soins Maladie
N° Bordereau :	N° Dossier :	
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)		
Nom et prénom : BELAMINE KHADIDA	الإسم العائلي والشخصي : _____	
N° Affiliation : 2971143	رقم الإنخراط : _____	
N° Immatriculation : 913280157442	رقم التسجيل : _____	
N° CIN : B 428 419	رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant ابن		
Adresse : 5, RUE DE L'HARAUT POLO CASTELANIA العنوان : _____		
Montant des frais : 224 درهم مبلغ المصروف : _____ Dhs		
Nombre de pièces jointes : _____		
Declaration du médecin traitant تصریح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات الإسم العائلي والشخصي : _____		
Date de naissance : 19 08 1957 تاريخ الإزيداد : _____		
N° CIN : B 428 419 رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____		
Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس : _____		
Identification du médecin traitant تعرف الطبيب المعالج		
N° INP : 101510439855 الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : _____ نوع العلاجات		
Type de soins : _____		
Maladie* <input type="checkbox"/>	مرض* <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : _____ تاريخ الحمل :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement : _____ التاريخ المرتفب للولادة :
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : _____ تاريخ الإستشفاء :
Date d'accident : _____ تاريخ الحادث :		
Causes : _____ أسباب الحادث :		
أشهد بصدق جميع المعلومات المذكورة أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant. Je déclare les informations ci-dessous exactes et véritables. Fait à : CASTELANIA حرر بـ : _____ le 11/06/4940 في : _____ توقيع المؤمن له (ها) _____ Signature de l'assuré(e)		
أصرح بصدق جميع المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessous exactes et véritables. Fait à : CASTELANIA حرر بـ : _____ le 11/06/4940 في : _____ توقيع الطبيب المعالج _____ Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
<small>* INP : Identification Nationale du Praticien * Cocher la mention utile pour chaque case</small>		

* اشطب الخاتمة

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطيبة الممومنة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie عمليات : الاحياء، الأشعة والمصور

INP:

الطبين المساعدات عمليات

INP:|||||


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/login) AMO Sénégal Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information PAYE

💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
	62251992	01/07/2020	Payé en : 26 jours	BELAMINE KHADIJA	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	31/03/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	23/12/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	07/10/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
■ 1	-	29/07/2019	Virement	-	774,00	444,87	79,26	524,13
■ 1	-	21/06/2019	Virement	-	5 248,30	2 007,60	95,88	2 103,48
■ 1	-	10/06/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★ Espace interactif

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca • Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة

إختصاصية

في أمراض القلب والشرايين

شارع رضا كبيرة (النيل سابقاً) قرية الجماعة 245

حالة ابن مسيك سيدى عثمان

دار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le..... 11/6/95 الدار البيضاء

BELAMINE KHADIJAH

COUERAN 5/5

288.00
+3

624.00

PHARMACIE NADOR
L'IMM. OU Abdellatif
Rue l'Héroult Av Nadir-Pôle
Casablanca. Tél: 05 99 99 47 78

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca • Tél.: 05 22 37 10 96
Spécialiste Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Dr. CHAHID HAFSA

Royaume du Maroc



MME KHADIJA BELAMINE
NO 5 RUE DE L'HERAULT
POLO
CASA ANFA
20550 CASABLANCA EL FIDA

000062251992

Accusé de Réception

N° Réception : 62251992
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELAMINE KHADIJA
Immatriculation : 93805742 / 090284191
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELAMINE KHADIJA
Rang Bénéficiaire : CI

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 17/07/2020 9:27
Lieu de réception : CASA SIEGE 90142
Valeur du dossier : 624,00
Nombre de pièces : 1
Code Agent : 9MGE247

Code Etablissement :
Etablissement :